№ 6 WARSZAWA, CZERWIEC 1930 ROK II.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Podał LUDWIK JUSTMAN (Warszawa).

JAKIE ZNACZENIE MA USTALENIE OBRAZU ANATOMICZNEGO W ROZPOZNANIU SCHORZEŃ PRZEWODU POKARMOWEGO?

Niezwykły rozkwit wiedzy lekarskiej, jaki datuje się od stu lat z górą, jest ścisle związany z nazwiskami i zasługami wybitnych anatomopatologów z Rokitanskim i Virchowem na czele. Im to zawdzięczamy dokładne poznanie zmian anatomicznych w ustroju towarzyszącym jego schorzeniom, a patologja komórkowa Virchowa udostępniła nam studjum zmian najsubtelniejszych zachodzących w podstawowych, jak wtedy przypuszczano dalej niepodzielnych cegiełkach, z których złożony jest nasz ustrój. Anatomja patologiczna makro i mikroskopowa stworzyła mocne podwaliny dla współczesnej wiedzy lekarskiej i siłą rzeczy nadała myśleniu lekarskiemu kierunek wybitnie morfologiczny. Odpowiadał on zresztą prądom materjalistycznym, jakie do niedawna panowały wszechwładnie w naukach biologicznych, a swój ostateczny, najbardziej rozwinięty wyraz znalazły w monizmie Haeckela. Do jakiego stopnia myślenie kategorjami wyłącznie morfologicznemi ciąży nad nami, dowodzi tego doświadczenie codzienne. Kiedy np. przy osłuchiwaniu płuc stwierdzamy oddech oskrzelowy, wyprowadzamy stąd bezpośrednio wniosek morfologiczny o zagęszczeniu tkanki płucnej w odpowiedniem miejscu. Porażenie kończyn i pewien zespół zaburzeń odruchowych sprowadzamy do takich lub innych zmian morfologicznych w korze mózgowej. Robimy tu jakby pewien skok logiczny, bo nie zdajemy sobie sprawy z tego, że to, co spostrzegamy bezpośrednio należy wyłącznie do zaburzeń czynnościowych, w podłożu których leżą bezprzecznie te, lub inne zmiany anatomiczne. Przeważnie owo niezbędne ogniwo naszego rozumowania — czynnościowy charakter spostrzeganych zmian, pozostaje poza progiem naszej świadomości — a rozumowanie: porażenie kończyny ergo zmiany anatomiczne w torebce wewnętrznej mózgu nabiera wszeikich cech wniosku bezpośredniego. Jest to oczywiście zupełne uzasadnio-

ne i słuszne w przytoczonych tu przykładach, jak również wszędzie tam, gdzie związek między zmianami anatomicznemi i wywołanemi przez nie zaburzeniami czynnościowemi jest prosty, możliwie bezpośredni i zawsze spostrzegany. Ale tam, gdzie tych warunków niema, musimy szukac innych dróg i innych, pozamorfologicznych kryterjów, na których możemy pewniej oprzeć nasze rozumowanie.

Stosuje się to szczególnie do cierpień przewodu pokarmowego. Nie rozporządzamy tu metodami, któreby w tak łatwy i dostępny sposób, jak w większości innych schorzeń, orjentowały nas o obrazie morfologicznym narządów jamy brzusznej. Określenie wymiarów, dajmy na to wątroby, jest rzeczą znacznie trudniejszą, aniżeli określenie wymiarów serca — cmacać nawet bardzo powiększoną, ale miekką wątrobę nie zawsze się nam udaje, a odwrotnie wątroba twarda może nam niesłusznie wydawać się powiększoną a to skutkiem opuszczenia górnych granic płuc, położenia pochylonego (tak zwane „Kantenstellung"), zwichnięcia, lub innych powodów. Co do żołądka i jelit — jakkolwiek niektóre odcinki jelit dają się dość łatwo określić, to jednak całkowity obraz morfologiczny otrzymujemy jedynie przy badaniu promieniami Rentgena. Ale, pomijając pewne bardzo posunięte sprawy, stwierdzenie obrazu morfologicznego daje nam znacznie mniej, niż przy badaniu serca i płuc. Składa się na to wiele czynników. Pierwszym z nich jest brak sprawdzianu ,jaki nam daje pojęcie tak zwanego normalnego obrazu danego narządu. Wiemy, że obraz żołądka spostrzegany na sekcji w niczem nie przypomina jego postaci, jak i położenia przy życiu, wiemy dalej, że zmienność zarówno postaci jak i położenia przewodu pokarmowego jest bodaj jedyną stałą cechą jego obrazu morfologicznego. Istnieje naprz. obraz tak zwanego zwichnięcia żołądka—*gastroptosis* a wielu badaczy dążyło i jeszcze dziś, niestety, wielu lekarzy — praktyków dąży do tego, aby stworzyć z tego objawu jednostkę chrobową. A tymczasem H e y e r otrzymywał na ekranie rentgenologicznym typowe obrazy opuszczenia i bezwładu żołądka po odpowiedniem zadziałaniu hypnotycznem — uczuciowo przykrem. Wystarczyło jednak, zadziałać hypnotycznie w odwrotnym kierunku, aby żołądek natychmiast unosił się ku górze i wykazywał żywe ruchy robaczkowe. Stwierdzamy więc tu wyraźnie, że o stałym, w obrębie pewnych granic niezmiennym obrazie morfologicznym żołądka i jelit mowy być nie może. Ale jednocześnie stwierdzamy, że zmiany postaci następują niezmiernie szybko i sprawnie i że w zmianach tych trudno dopatrzeć się czynników patologicznych, to jest takich, jakie nas upoważniają do stwierdzenia istnienia zmiany chorobowej. Trudność tą najlepiej ilustruje fakt, że J o r d a n stwierdził u sportowców, a więc ludzi przynajmniej podmiotowo zupełnie zdrowych, w przeważającym odsetku przypadków *gastroptosis*. Wreszcie — a to ważnem będzie dla naszych późniejszych rozważań — zanotować tu nale-

ży wyraźny wpływ czynników psychicznych na postać, a więc cechę morfologiczną narządów, w danym przypadku żołądka.

Strwierdziliśmy więc, że w cierpieniach jamy brzusznej poznanie dokładnego obrazu anatomicznego jest rzeczą trudną, że brak nam sprawdzianu porównawczego do uznania stwierdzonych zmian jako anormalnych, wreszcie brak wogóle stałości obrazu, który wciąż ulega zmianom zależnym od najróżnorodniejszych, niekiedy zgoła niematerjalnych, bo psychicznych czynników — przyczem zmiany te najzupełniej nie upoważniają nas do wniosków, że mamy do czynienia ze zjawiskami chorobowemi.

Ale, powiecie mnie Panowie, istnieją jednak zmiany w przewodzie pokarmowym, jakie już nie nasuwają żadnych wątpliwości co do ich patologicznego charakteru. Zastrzegam się, że w dalszych moich rozważaniach nie będę mówił zupełnie o raku, bo jakkolwiek umiejscowienie raka w tym lub innym narządzie ma niewątpliwy wpływ na jego przebieg, tem niemniej istnienie raka, a nie właściwości dotkniętego nim narządu grają rolę dominującą. Natomiast, o ile stwierdzamy drogą badania morfologicznego obecność wrzodu trawiennego żołądka czy kamicy żółciowej, to przekonywamy się rychło, że tu tak bezpośrednie rozumowanie, jak naprz. w schorzeniach płuc, może zaprowadzić nas na manowce. Bo z badań sekcyjnych Grubera wiemy, że blizny po przebytym wrzodzie trawiennym są zjawiskiem nierzadkiem, a często spostrzeganem u osobni-

ków, u których najdokładniejszy wywiad za życia nie ustalił żadnych zaburzeń w tym kierunku. Rentgenologowie również mogą nam potwierdzić to samo, gdzie brak nam wszelkich objowów podmiotowych, i gdzie nie mamy bynajmniej podstaw do twierdzenia, że anatomicznie niewątpliwe zmiany są w związku bezpośrednim z dolegliwościami, a nawet całokształtem objawów klinicznych stwierdzanych u danego chorego. I odwrotnie — wiemy, że najzupełniej wyraźnemu, klinicznie niewątpliwemu zespołowi objawów danej jednostki chorobowej odpowiada niekiedy brak wszelkich podstaw do stwierdzenia odpowiedniego podłoża morfologicznego. Ale nawet w przebiegu cierpienia u poszczególnych chorych stwierdzamy olbrzymią rozbieżność między anatomicznym, a klinicznym przebiegiem sprawy. Dolegliwości znikają, sprawność czynnościowa narządu odpowiada wszystkim, nawet często wyraźnie nadmiernym wymaganiom — a jednocześnie obraz anatomiczny pozostaje bez zmiany lub nawet ulega pogorszeniu. I odwrotnie: stan chorego pozostaje bez zmiany a w obrazie anatomicznym stwierdzamy wyraźne zmiany ku lepszemu. Bezsprzecznie wielkie trudności nasuwa nam określenie stopnia zmian anatomicznych nawet przy pomocy wszystkich dostępnych nam metod, powikłanie ich przez zmiany czynnościowe, doskonale naśladujące na ekranie i kliszy rentgenowskiej patologiczne zmiany anatomiczne, a szczególniej ich stałość, a często zupełna niezmienność. Ale mimo wszystko musimy powiedzieć, że między obrazem anatomo-morfologicznym, a zespołem klinicznym istnieje luka dotkliwa, a próba wyczerpania tego zagadnienia drogą myślenia morfologicznego jest z góry skazana na niepowodzenie.

Niewiększe wyniki daje nam badanie czynnościowe, skoro ma ono na celu li tylko stwierdzenie inną drogą istnienie zmian morfologicznych. Wiemy, że ani brak kwasu solnego w zawartości żołądka nie świadczy przeciw wrzodowi, ani nadkwaśność nie przemawia za nim. C y t r o n b e r g w swych niezmiernie cennych badaniach fizyczno - chemicznych ustalił kilka zasadniczych typów wydzielania żołądkowego, ale tylko jeden z nich — wydzielanie przy raku, udało mu się powiązać z określoną jednostką kliniczno-morfologiczną. Cholecystografja pozwala nam stwierdzić obecność kamieni lub zmian w pęcherzyku żółciowym lub zmiany w jego ścianach — ale nic więcej. Bo w 95% przypadków obecność kamieni jest zjawiskiem zgoła obojętnem, a zmiany inne — oczywiście nie nazbyt posunięte, mogą tylko z wielkim krytycyzmem być oceniane, jako powód schorzenia. A nawet w bodaj najcenniejszym wyniku cholecystografji — niewypełnianiu się pęcherzyka żółciowego nigdy nie wiemy, czy mamy do czynienia z niedrożnością przewodu pęcherzykowego, z utratą zdolności stężającej jego ścian, czy też z niedomogą wydzielniczą wątroby — a to wszystko na tle anatomicznem lub czynnościowem. Biegunka trzustkowa może być spowodowaną upośledzeniem wydzielniczem trzust-

ki, niedrożnością jej przewodu, czy wreszcie prześpieszonym transportem zawartości przez przewód jelitowy.

Jeżeli uwzględnimy jeszcze ścisłą współzależność narządów jamy brzusznej wynikającą ze wspólnego unerwienia, wspólnego układu naczyniowego żyły wrotnej i wreszcie wspólnoty czynnościowej, to widzimy, że musimy zastosować tu zupełnie odmienne metody badania a nawet myślenia, aby dojść do jakich kolwiek wyników. Musimy zamiast kategorji statycznych oprzeć się na kategorjach dynamicznych i próbować podejść z tej strony do zagadnienia. Niewątpliwy wpływ stanów emocjonalnych, a więc czynników psychicznych, morfologicznie całkowicie niedostępnych do zrozumienia, wskazuje nam drogę, którą iść powinniśmy. Na wstępie mały przykład: Kaufmann opisuje przypadek dotyczący adwokata człowieka najzupełniej zdrowego, który podczas swej pierwszej obrony sądowej dostaje nagle krwotoku żołądkowego. Po powrocie do zdrowia staje po raz drugi przed sądem — i znowu krwotok przerywa mu obronę. To uświadamia go o związku, jaki zachodzi między krwotokiem a jego pracą zawodową, zmienia więc zawód, i dopiero po 10 latach dobrego samopoczucia robi trzecią próbę — z tym samym wynikiem. Mamy tu przed sobą niezwykły przykład odruchu warunkowego Pawłowa, analogiczny do omawianych wyżej doświadczeń Heyera nad wpływem stanów psychicznych na postać żołądka. Langheinrich stwierdził niewątpliwy wpływ stanów psychicznych na wydzielanie żółci. Delhougne na wydzielniczość trzustki. Bath i Glaser na wahania ilości białych ciałek we krwi. Znamy *icterus ex emotione,* biegunki egzaminacyjne, ściskanie w dołku, jako pierwszy, a niekiedy i jedyny odczyn wzruszeniowy u łatwo przejmujących się pań, brak apetytu przy gniewie, a wilczy apetyt i wzmożoną tolerancję dla różnych, często wątpliwych potraw w gabinecie restauracyjnym, oczywiście w odpowiedniem otoczeniu. Wiemy o zdenerwowaniu, jako niewątpliwej przyczynie ataków żółciowych, o niewątpliwie ujemnem działaniu wstrząsów i katastrof w cukrzycy. Wiemy, że w ataku kamicy wystarcza niekiedy obecność i odpowiedni wpływ lekarza, aby atak powstrzymać.

Gdybyśmy chcieli sprawy te tłomaczyć morfologicznie, musielibyśmy przyjąć, że w sam raz w chwili przybycia lekarza czop śluzowy zo-

stał wypchnięty, względnie kamień przedostał się do dwunastnicy. Ale odnalezienie owego kamienia w kale jest rzeczą niewspółmiernie rzadką w stosunku do ataków, a wystarczy przypomnieć sobie ciężkie obrazy, jakie spostrzegamy na stole operacyjnym przy wędrówce kamieni przeważnie drogą zadziurawienia, aby zrozumieć, że do zwykle spostrzeganych ataków obraz ten niema zastosowania. A jeżeli przypuścimy, że atak był bezskuteczny, że kamień cofnął się do porzednio już rozszerzonego miejsca, to, pomijając już, że jest to luźne, na niczem nie oparte twierdzenie, jak objaśnić, że kamień nagle pogodził się ze swym losem i leży spokojnie. Wszak dążenie do usuwania ciał obcych jest jedną z podstawowych własności biologicznych żywego ustroju — ciało obce zostaje zawsze wyeliminowane przez wydalenie z ustroju lub przez otorbienie go w otoczce zamykającej.

Sądzę, że dostatecznie uzasadniłem braki ujmowania sprawy z morfologicznego punktu widzenia. Musimy sięgnąć do innych źródeł, do panujących w naukach przyrodniczych od czasów Ostwalda, Verworna prądów energetycznych i na czoło zagadnienia postawić nie statykę, a dynamikę cierpienia. Podstawę dla takiego ujmowania sprawy daje nam potężna koncepcja Krausa o układzie roślinnym. W jednej z mych prac poprzednich ująłem ją w następujący sposób:

„Kraus sprowadza wszystkie sprawy, zachodzące w ustroju żywym do układu roślinnego w szerokiem znaczeniu tego słowa, obejmującem układ nerwowy, hormony i wszystkie zmiany zachodzące w każdej komórce, w każdej cząsteczce żywego ustroju. Układ roślinny w sensie Krausa stanowi jaźń głęboką *(Tiefenperson)*, a w jej podłożu leży wieczna gra i wieczna zmiana w układzie koloidowym, stanowiącym praistotę każdego żywego ustroju. Zmiany stanu skupienia koloidów, przesunięcia elektrolitów na zmiennych, jak fale burzliwego morza, błonach koloidowych, hydratacja i anhydratacja, zmiany energetyczne z tem wszystkiem powiązane — oto istota życia, podłoże, na którem powstaje wszystko, co jest objęte pojęciem zarówno soma, jak i psyche. I jak niema dwóch fal morskich, całkowicie do siebie podobnych, tak niema dwuch jestestw o jednakowym układzie roślinnym, a różnice tkwią nie w cechach zewnętrznych, nie w narządach czy psychice, a jedynie i wyłącznie w tem, co stanowi zagadkę życia indywidualnego, w owej jaźni głębokiej. Skurcz mięśnia, odruch źrenicowy, czy ból lub radość, wszystko to, to jedynie przesunięcie jonów wodoru, wodorotlenku, potasu, wapnia i innych, a przedewszystkiem to rozładowanie lub naładowanie baterji energetycznej, jaką stanowi każda wiecznie zmienna, a niepodzielna cząsteczka naszej prajaźni. Rola bodźca zewnętrznego jest nader skromną — nie on kształtuje naszą jaźń, a jest jedynie iskierką, wywołującą wybuch prochu. Że proch wybucha, uwarunkowane to jest jedynie i wyłącznie

jego właściwościami i iskierka — podnieta zewnętrzna, jest tylko bodźcem, wywołującym lub usuwającym przeszkody do ujawnienia energji, jaka tkwi w prochu uśpiona. Ale proch jest ciałem martwem, — podczas gdy nasza prajaźń żyje bezustannie. Ustrój żywy nigdy nie jest bezczynnym, nawet przy braku wszelkich podniet zewnętrznych trwa dalej praca wewnętrzna. Podnieta służy do wyładowania skupionej energji wewnętrznej ustroju, nadaje jej pewien kierunek, który trwa i wtedy, kiedy podnieta działać przestała. Ustrój wyprowadzony ze stanu równowagi wyładowuje energję we właściwy sobie, a więc indywidualny sposób. i również indywidualnie zdąża do powrotu do stanu równowagi. A dzieje się to wszystko w układzie roślinnym, w jaźni głębokiej: w wiecznej grze i zmianie koloidów, elektrolitów, błon międzyfazowych, w pęcznieniu i wysychaniu tkanek. Uprzytomnijmy sobie pracę kawałka drzewa, który wbity w skałę, pęczniejąc, rozsadza ją całkowicie — a zrozumiemy wtedy, jak wielkiemi siłami rozporządza ustrój żywy obok powszechnie znanego źródła energji, jakiem jest utlenianie.

Wszechobecność owej jaźni głębokiej powoduje ścisłą współzależność między ośrodkowym układem nerwowym a układem roślinnym, przyczem zarówno zmiany psychiczne wywołują wtórne odczyny wegetatywne, jak i stany roślinne mają wpływ pierwotny na ośrodki życia zwierzęcego, włączając w to i ośrodki psychiczne. Ruchy robaczkowe pustego żołądka odczuwamy jako głód, skurcz naczyń obwodowych i mięśni przywłosowych (tak zwana gęsia skórka), jako zimny dreszcz, nasze samopoczucie, nastrój jest odpowiednikiem chwilowej skali wahań w układzie roślinnym, wreszcie sen jest zgodnie z poglądami Pawłowa, Schmidta i innych stanem przewagi przywspółczulnej. We wspomnianej już pracy mojej powiedziałem:

„Obok tych wahań chwilowych, zależnych od nieuchwytnych, niekiedy kosmicznych wpływów, istnieją typy ustrojowe o wyraźnych, stałych odchyleniach. Myślę tu o znanej klasyfikacji Kretschmera opartej na analogjach między budową ciała, a psychiką, o podziale Jaenscha na B- i T- typy (Basedow i tężyczka). A w naszej obserwacji codziennej, czy nie zadziwia nas często spostrzegana impulsywność u chorych na kamicę żółciową, ich niepokój, głośne skargi obok całego szeregu objawów przedmiotowych: rumieńce, przyspieszone tętno, często wzrost ciśnienia łatwe i obfite wymioty. Zupełnie inne wrażenie sprawia chory wrzodowy. I on cierpi o czem świadczy wyraz twarzy i napięcie mięśniowe nadbrzusza. Ale cierpi pocichu, z trudem wydobyć można dane anamnestyczne, daleki on jest od burzliwych skarg chorego na kamicę. Ciśnienie, jak to słusznie zauważyli Landau i Glass, często niskie, twarz blada, nawet o ile niema krwotoków, tętno nieprzyspieszone, miękkie, budowa asteniczna. O ile chory na kamicę żółciową sprawia wrażenie niecierpli-

wego sangwinika, o tyle chory obarczony wrzodem jest jak gdyby zahamowanym flegmatykiem. Podczas gdy pierwszy broni się przed każdym, nawet drobnym zabiegiem, a samo wspomnienie o zgłębnikowaniu dwunastnicy budzi w nim lęk i opór, chory wrzodowy łatwo poddaje się wszystkim zabiegom lekarza. Wystarczy przypomnieć sobie, na szczęście już miniony okres *furroris chirurgici* w stosunku do wrzodu trawiennego i porównać z trudnościami, jakie napotykamy przy propagowaniu wczesnych zabiegów w kamicy żółciowej, aby uprzytomnić sobie różnicę. Oczywiście spostrzeżenia powyższe nie mają zastosowania do wszystkich przypadków omawianych tu cierpień, jednak są one dostatecznie częste, aby zwrócić na siebie uwagę. I czy nie nasuwa się przypuszczenie, że w podłożu tych cierpień tkwią odmienne stany wegetatywne, które i psychice chorego nadają odrębne piętno, że zahamowany chory wrzodowy każe nam myśleć o przewadze parasympatycznej, a tryskający energją chory na kamicę żółciową, ów agresywny choleryk, to sympatikotonik. Oczywiście pojęcia wagotonika i sympatikotonika nie mają nic wspólnego z takim lub innym stanem podrażnienia lub nawet skalą pobudliwości odpowiednich nerwów, są one tylko próbą ujęcia w pewne ramy odmiennych zespołów psychosomatycznych, spowodowanych zaburzeniami naszej jaźni głębokiej. Jaka jest istota tych zaburzeń, jakie przyczyny głębokie, o tem nie wiemy nic — a spostrzegamy jedynie zachodzące na powierzchni — skutki w postaci zmian zarówno anatomicznych, jak czynnościowych i psychicznych.

Rozważania powyższe wykazują nam, że nietylko lekceważenie czynników psychicznych jest błędem, ale że wyodrębnianie cierpień psychopochodnych, jako odrębnej grupy przeciwstawionej cierpieniom somatycznym jest zasadniczo niesłusznem. Musimy zdać sobie sprawę z tego, że operując pojęciem nerwicy narządowej, przeważnie pod nową etykietką, utrzymujemy przy życiu starą zbankrutowaną treść — chora, która przed laty była rubrykowana, jako histeryczka, dziś ma nerwicę narządową. Jeżeli tak ujmować sprawę, musi to nas zaprowadzić na manowce. Inaczej, jeżeli uwzględnimy ścisłą współzależność psychiki i układu roślinnego. Wtedy nerwica narządowa może nam służyć jako pojęcie owych najwcześniejszych okresów schorzenia, właściwie zaburzeń naszej jaźni głębokiej, kiedy jeszcze nie skrystalizowały się dostatecznie zmiany anatomiczne, jakie w naszem myśleniu są koniecznym atrybutem istotnie zasługującego na uwagę tak zwanego cierpienia organicznego Ow okres, który bym nazwał amorfologicznym, może trwać chwil kilka lub całe życie — zależy to od warunków wewnętrznych i zewnętrznych— ale dla zrozumienia istoty schorzenia, jako płynnego przejawów życia ustroju przy zmienionych warunkach, jest on ważniejszym od późniejszych, anatomicznie określonych stanów".

Hemoroidy

Czopki

Anusol

Goedecke



Działa przeciwzapalnie, ściągająco i dezynfekująco, łagodzi swędzenie i bóle; nie wywołuje podrażnień i działa nietrująco, nie zawiera narkotyków; działanie jest pewne i długotrwałe;

Rp. Suppos. Anusol-Goedecke Nr. XII
S. rano i wieczorem po jednym czopku.

Goedecke & Co.
Chem. Fabrik u Export-Aktien-Ges.
Leipzig S 3

Skład na Polskę:
Ed. Koch & W. Bormann, Warszawa
ul. Boduena No. 1.

Targesin

środek

przeciwrzeżączkowy,

przeciwzapalny i przeciwropny.

Kolloidalny kompleks połaczenia białczanu srebra z diacetyltannina.

Wenerologja. Urologja. Okulistyka.
Choroby nosa i krtany. Chirurgja. Choroby skóry.

Goedecke & Co.
Chem. Fabrik u. Export-Aktien-Ges
Leipzig S 3

Skład na Polske:
Ed. Koch & W. Bormann, Warszawa
ul Boduena No. 1.

Jak widzimy, odbiegliśmy daleko od morfologicznego stanowiska. Choroba staje przed nami, jako płynna sprawa energetyczna — jest to to samo życie, w osnowie którego tkwi starogreckie: „panta rei“. Głębokie wstrząsy pramaterji koloidowej, stanowiącej naszą jaźń wewnętrzną, jądro naszej indywidualności osobniczej zarówno psychicznej, jak i somatycznej stanowią podłoże chorobowe, a na niem wyrastają dopiero zmiany morfologiczne i zaburzenia czynnościowe. A że czynność kształtuje narząd, a nigdy odwrotnie więc raczej pierwiastki czynnościowe winny w rozumowaniu naszem zajmować stanowisko dominujące. To, co nam pokazuje preparat anatomiczny, to tylko część materjalna, a zmiany spostrzegane to osad wielu burz, wielu zmian energetycznych. W tych schorzeniach, gdzie rozwój zmian morfologicznych idzie zupełnie równolegle z przebiegiem cierpienia, badanie morfologiczne jest nam pomocne jako doskonały sprawdzian zmian zachodzących. Ale gdzie panuje rozbieżność, tam myślenie kategorjami morfologicznemi staje się przeszkodą nie do przezwyciężenia, zaciemniającą zrozumienie istoty cierpienia. I lepiej raczej powiedzieć sobie, że stwierdzenie istnienia zmian anatomicznych jest często bardzo pożytecznym, kiedyindziej prawie obojętnym, ale zawsze pobocznym czynnikiem w poznaniu sprawy toczącej się w danym ustroju, niż widzieć w niem alfę i omegę naszych dociekań, kamień probierczy dla odróżnienia rzekomo poważnej sprawy organicznej od rzekomo błahej sprawy czynnościowej. Jeżeli chory z wyraźną niszą wrzodową czuje się dobrze, choć nie nakłada na siebie żadnych ograniczeń, a chory z rentgenologicznie zdrowym żołądkiem cierpi mimo że ściśle stosuje się do wskazówek lekarza,—to doszukiwanie się zmian miejscowych w jakimkolwiek narządzie nam napewno nie wytłomaczy. Nieobecność wrzodu trawiennego na obrazie rentgenowskim, niestwierdzenie kamieni w pęcherzyku żółciowym są istotne, — istotną jest skaza wrzodowa, kamicza i inne, a skazy nie rozpoznamy, szukając narządu, gdzie ona jest rzekomo umiejscowioną. Bo źródła jej jedynie w naszej prajaźni głębokiej szukać należy. Oczywiście między skutkami jej znamy sprawy, których znaczenie ocenić możemy wyłącznie dzięki metodom morfologicznym, naprz. zwężenie odźwiernika, czy przedziurawienie pęcherzyka, — ale nie mamy prawa uogólniać wniosków wyprowadzonych ze spraw będących już powikłaniem cierpienia na samą jego istotę.

To nas oczywiście nie zwalnia od obowiązku dokładnego zapoznania się z obrazem morfologicznym, chociażby dlatego, że tylko te zmiany jesteśmy w stanie stwierdzić możliwie dokładnie. Djagnostyka energetyczna jest jeszcze w powijakach — mamy już metody do badania przemian materji, wiemy coś o nerwowym układzie roślinnym, o hormonach, o działaniu elektrolitów i fizyczno-chemicznych właściwościach soków i tkanek. Z drugiej strony wiedza o odruchach warunkowych i zahamowanych

Pawłowa, prace Webera, Lehmanna, Weinberga, Orbeliego, Achellisa i Hessa budują pomosty między dwoma nierozdzielnymi czynnikami naszej jaźni: soma i psyche. Ale stąd do jasnych, konkretnych wniosków droga jeszcze daleka. Jednak w świadomości naszej musi już dzisiaj powstać przeświadczenie, że prędzej, czy później będziemy zmuszeni wyjść poza formułki morfologiczne i od wiedzy zdobytej na trupach podążyć ku żywej, uduchowionej wiedzy o życiu.

ZYGMUNT WIŚNIEWSKI.

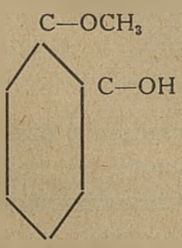
Z pracowni naukowej Fabryki Chemicznej „Ege“ w Warszawie.

WARTOŚĆ LECZNICZA KREOZOTU I JEGO POCHODNYCH.

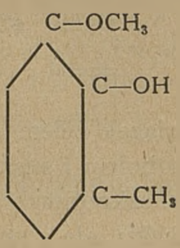
Z pośród wszystkich leków jakie są znane i stosowane w leczeniu chorób płucnych i gruźlicy należy postawić w pierwszym rzędzie Kreozot.

Środek ten oddawna stosowany, do dziś nie został wyparty przez najnowsze zdobycze chemji. Ponieważ jednak długoletnia praktyka stosowania Kreozotu wykazała poza świetnemi wynikami przy leczeniu chorób płucnych i jego cechy ujemne, jak np. przykry smak, zapach drażnienie błony śluzowej żołądka i miedniczek nerkowych, przeto zwrócono cały wysiłek, ażeby otrzymać taki związek pochodny Kreozotu, któryby nie wykazywał powyższych cech ujemnych.

Jak wiemy Kreozot jest mieszaniną Krezoli, mianowicie: guajacolu i metyloguajacolu



Guajacol



Metyloguajacol

Obydwa powyższe związki posiadają grupy fenolowe wolne, które są zwykle obdarzone własnościami drażniącemi, wywołują nudności i wymioty. Farmakologiczne działanie powyższych dwu związków, jak zresztą wynika z ich budowy, jest analogiczne do fenolu, naturalnie mniej trujące i szkodliwe dla organizmu.

Stwierdzono również, że sam guajacol, wyodrębniony z Kreozotu, lub też otrzymany syntetycznie, posiada działanie przeciwgruźlicze bo daje polepszenie stanu zdrowia u gruźlików, chociaż nie jest w danym wypadku lekiem specyficznym.

Dzięki właśnie tym danym, że kreozot i guajacol, mimo swych ubocznych szkodliwych cech, wykazują dodatnie działanie w leczeniu tak niebezpiecznej i rozpowszechnionej choroby jaką jest gruźlica, starano się otrzymać z nich takie związki, w których możnaby unieszkodliwić toksyczność grup fenolowych, a co najważniejsze pobocznych szkodliwych działań.

Z całej masy tych związków zaledwie kilka zasługuje na uwagę ze względu na dodatnie własności lecznicze.

Pierwszym takim związkiem jest Kreozotal—węglan Kreozotu, a więc jest również mieszaniną kreozoli, zawartych w Kreozocie, otrzymuje się go wprowadzając do roztworu Kreozotu w ługu sodowym strumień fosgenu. Kreozotal jest związkiem pozbawionym własności trujących, bywa stosowany w leczeniu chorób płucnych, mimo że siła działania terapeutycznego jest badzo słaba.

Drugim związkiem pochodnym Kreozotu z sernikiem jest Kreozalbina, która posiada bezsprzecznie korzystniejsze własności niż Kreozotal, a to z tego powodu, iż jest w żołądku nierozpuszczalna, a dopiero w kiszkach ulega powolnemu rozpadowi na Kreozot. Z pochodnych zaś guajacolu, głównego składnika Kreozotu, należy wymienić Duotal, czyli węglan guajacolu, otrzymany analogicznie jak Kreozotal

$$2\ C_6H_4 < \begin{matrix} OCH_3 \\ ONa \end{matrix} + CoCl_2 = 2NaCl +$$

Sól sodowa guajacolu fosgen

$$+ \begin{matrix} C_6H_4 \\ C_6H_4 \end{matrix} \begin{matrix} < OCH_3 \\ \;\; C{=}O \\ < OCH_3 \end{matrix}$$

duotal

Otrzymany związek celem oczyszczenia przemywa się wodą, przekrystalizowuje z alkoholem i suszy. Duotal jest pozbawiony grupy fenolowej, przeto własności szkodliwych dla organizmu nie posiada, jak również zapachu i prawie smaku, ale z powodu swej nierozpuszczalności i bardzo osłabionego działania nie nadaje się do leczenia, jako środek specyficzny.

Bardzo ważnym związkiem, posiadającym duże zastosowanie w leczeniu cierpień płucnych jest Thiocol—czyli sulfonian potasowy guajacolu otrzymany w roku 1898. Otrzymano go w tym celu, ażeby odznaczał się rozpuszczalnością w wodzie i był obdarzony własnościami guajacolu. Thiocol powstaje syntetycznie, a synteza całkowita polega na tem, że

wychodzi się z ortonitrofenolu. $C_6H_4 < {NO_2 \atop OCH_3}$ a z tego przez redukcje otrzymuje się ortonitroanizydynę $C_6H_4 < {NH_2 \atop OCH_3}$ którą poddaje się dwu azowaniu i przez gotowanie związku dwuazowego $C_6H_4 < {N_2SO_4H \atop OCH_3}$ z siarczanem miedzi i kwasem siarkowym, dochodzi do guajacolu. Powstały guajacol sulfonuje się wg. wzoru:

$$C_6H_4 < {OCH_3 \atop OH} + H_2SO_4 = C_6H_4 \begin{matrix} OCH_3 \\ OH \\ SO_3H \end{matrix} + H_2O$$

przyczem szybkość sulfonowania zależy od dostatecznego chłodzenia.

Otrzymany kwas guajacolo - sulfonowy zobojętnia się $BaCO_3$ wskutek czego powstaje rozpuszczalna w wodzie sól barowa, nadmiar H_2SO_4 zostaje strącony w postaci $BaSO_4$, płyn z nad osadu zlewa się, szybko sączy w próżni i przemywa wodą. Ciecz ogrzewa się do 80^0 C. i zadaje gorącym roztworem K_2CO_3, filtruje i krystalizuje

$$2\ C_6H_3 \begin{matrix} OCH_3 \\ OH \\ SO_3H \end{matrix} + K_2CO_3 - CO_2 + H_2O + C_6H_3 \begin{matrix} OCH_3 \\ OH \\ SO_3K \end{matrix}$$

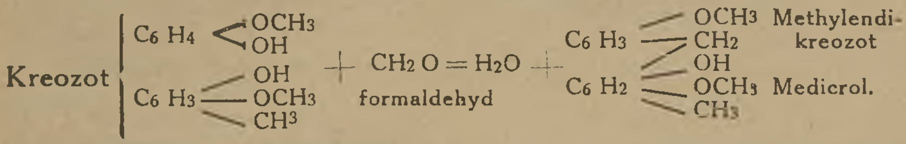
Thiocol jako pochodny związek guajacolu posiada korzystną cechę t. j. łatwą rozpuszczalność w wodzie w odróżnieniu od innych pochodnych guajacolu, niekorzystną natomiast jego własnością jest drażnienie błony śluzowej żołądka, a obecnością grupy sulfonowej działanie farmakologiczne jest znacznie osłabione, jadnakże Thiocol w lecznictwie ma bardzo duże zastosowanie.

Do nowych zdobyczy związków pochodnych kreozotu należy dzis najnowszy związek Medicrol—czyi Methylendikreozot, który jest produktem otrzymanym drogą kondensacji Kreozotu z formaldehydem.

Proces chemiczny otrzymywania Medicrolu składa się z kilku faz. Najczystszy Kreozot w ilościach cząsteczkowych wykłóca się z formaldehydem, w alembiku kamionkowym, w którym jest umieszczone mechaniczne mieszadło, będące w szybkim ruchu. Po upływie pewnego czasu mieszaninę ogrzewa się do temper. 50^0 C i zadaje stęż. H_2SO_4 i miesza tak długo, aż powstanie przezroczysta ciecz, która po ochłodzeniu zastyga

Masę tę przenosi się do aparatu umieszczonego na kąpieli wodnej, opatrzonego w chłodnicę i zadaje niewielką ilość ługu rozcieńczonego i ogrzewa do wrzenia tak długo, aż masa całkowicie się rozpuści.

Roztwór ten odparowuje się na kąpieli wodnej, zadaje kwasem solnym stężonym, przyczem powstaje osad, który odpowiednio przemywa się i po wysuszeniu w próżni — otrzymuje związek chemicznie czysty o wzorze:



W związku powyższym grupa methylenowa wstępuje na miejsce wodorów w położeniu orto do grup fenolowych. Medicrol jest subtelny proszek strącony w postaci koloidalnej, barwę posiada lekkokremową, bez smaku i zapachu. W wodzie jest nierozpuszczalny, rozpuszcza się bardzo łatwo w ługach, alkoholu, eterze i chloroformie. Jako zupełnie czysty preparat otrzymany został w Fabryce Chemicznej „Ege".

Pod względem terapeutycznym związek budzi szerokie zainteresowanie świata lekarskiego, co jest zrozumiałe, gdyż nie tracąc własności leczniczych Kreozotu, pozbawiony jest cech ujemnych tegoż, mianowicie: przykrego smaku, zapachu, drażnienia błony śluzowej żołądka i nerek.

Działanie farmakologiczne Medicrolu polega na tem, że jest on nierozpuszczalny w żołądku lecz w kiszkach, zatem tam dopiero w środowisku alkalicznym przez stopniowe rozpuszczanie następuje jego rozkład i podlega asymilacji w organizmie.

Dzięki wprowadzeniu grupy methylenowej, zostało zwiększone działanie antyseptyczne związku. Na zasadzie jego budowy oraz badań przeprowadzonych w klinice uniwersyteckiej w Poznaniu — Medicrol zajmuje dziś pierwsze miejsce w terapji chorób płucnych i gruźlicy, jednocześnie, dzięki swym zwiększonym własnościom antyseptycznym, zmniejsza procesy gnilne w jelitach, przyczyniając się do leczenia biegunki.

Pozatem nadmienić należy, że Medicrol znajduje się w handlu w preparacie p. n. Kreozal, który zawiera również i substancje odżywcze.

Dr. S. PAJĄK.

SŁÓW KILKA W SPRAWIE OKÓLNIKA Nr. 638.

Okólnik Min. Pr. i Opieki Społecznej „O zasadach organizacji lecznictwa w Kasach Chorych" jest inicjatywą nader szczęśliwą, ponieważ porusza dwa tak zasadniczej natury problematy, jak podniesienie poziomu lecznictwa i stosowanie profilaktyki na terenie działalności leczni-

czej Kas Chorych, co spowodowało już w wielu wypadkach fachową dyskusję w wyniku której może się z czasem wyłonić droga racjonalnego postępu lecznictwa w Kasach.

Aczkolwiek podany projekt organizacji lecznictwa w Kasach w tym okólniku jest za mało realistyczny, to jednakże postawienie na porządku dziennym bolączek istniejących obecnie w lecznictwie Kasowem, stanowi pewien krok naprzód w dążeniu do udoskonalenia pracy w Kasach Chorych.

Niestety okólnik wysuwa na plan pierwszy sprawy dalekie od możliwości ich realizacji (wprowadzenie i czynności domowych lekarzy), natomiast stawia na drugim planie zagadnienia, których realizacja nie tylko jest możliwa, ale i konieczna (szpitale i przytułki położnicze, kontakt z wydziałami uniwersyteckiemi, z instytucjami samorządowemi i opieki społecznej), albo zaledwie wspomina o rzeczy może najdonioślejszej, jak organizacja opieki nad zdrowiem dziecka, co jest sprawą wprost paląco pilną.

Pan dr. Edward Wajs w swej pracy p. t. „Uwag kilka w sprawie przewidywanych reform w W. K. Ch.“, z dużą znajomością warunków pracy lekarza Kasy Chorych punkt po punkcie wykazał niecelowość przytoczonych w części I-ej okólnika projektowanych zamierzeń.

Z krytyką p. kolegi Wajsa zgadzamy się wszyscy, — wiemy, że projekt ten jako nierealny nieda się wprowadzić w życie, a więc nie jest nie-

bezpieczny, natomiast zagadnieniami ogromnej wagi społecznej, które w okólniku chociaż pobieżnie, są jednakże uwzględnione, pan dr. Wajs nie zajmuje się.

Nad temi właśnie zagadnieniami winna się rozwinąć ożywiona dyskusja fachowa, która mogłaby się przyczynić w pewnym stopniu do ich realizacji.

Jak należy pojmować rozwiązanie zagadnienia i podniesienie poziomu lecznictwa i profilaktyki w Kasach, żadnym dekretem tego rozwiązać się nie da.

Ja — również, jak i p. dr. Wajs, widzę tę drogę, jako jedynie drogę ewolucyjną, — uważam, że na tę drogę trzeba wkroczyć już, a nadać jej całkiem inny kierunek od wytkniętego w okólniku.

Zdrowie społeczeństwa zależy od warunków zdrowotnych w jakich wzrasta młode pokolenie.

Ochrona wrażliwego na wszelkiego rodzaju infekcje młodego organizmu drogą szczepień, potęgowanie odporności już zakażonego przewlekłą chorobą dziecka z jednej strony środkami farmakologicznemi, z drugiej strony przez stworzenie temu dziecku odpowiednich warunków klimatyczno - djetetycznych, pouczanie tegoż dziecka o zasadach hygieny to jest, mojem zdaniem, celowy sposób rozwiązania jednego problematu—profilaktyki.

Jak to rozwiązać praktycznie?

Co do szczepień, to solidarna współpraca lekarza Kasy Chorych z przychodniami przeciwgruźliczemi, czy ośrodkami zdrowia, cel ten osiągnie z łatwością, bo przecież, jak szczepienia przeciwospowe, tak zarówno przeciwszkarlatynowe, czy tyfusowe i t. p. nie są ani pracą żmudną, ani kosztowną. W wypadku drugim we Francji rozwiązano tę bolączkę w ten sposób, że potworzono cały szereg szkół leśnych i kolonji letnich dla dzieci wątłych, chorowitych.

U nas Liga Szkolna Przeciwgruźlicza prowadzi o podobnym typie jak we Francji tak zwane sanatorja—szkoły, ma ich zaledwie trzy czy cztery, pozatem kolonje i półkolonje letnie dla dzieci, ale dlaczego u nas ta idea jest tak mało spopularyzowana, a Kasy Chorych dlaczego nie wejdą w ścisły kontakt z tą tak bardzo pożyteczną instytucją, posiadając tak olbrzymi materjał, kwalifikujący się w tym kierunku z pośród dzieci swych członków. W tych też warunkach dziecko najłatwiej sobie przyswoi zasady hygjeny.

Tutaj włożony kapitał wróci się z ogromnem oprocentowaniem.

Co do problematu podniesienia poziomu lecznictwa, to uważam rozwój szpitalnictwa za jedyne jego rozwiązanie. Jeżeli nie stać nas na duże szpitale, to trzeba zakładać mniejsze, tam gdzie Kasa nie może sama, to

winna wejść w porozumienie z instytucjami samorządowemi czy społecznemi.

Na zakończenie chciałbym dodać, że z jednem twierdzeniem Pana Kolegi Wajsa nie bardzobym się zgodził, a mianowicie, jakoby ten projekt ministerstwa (idea lekarzy domowych) w szczególności miał mieć na celu wyłącznie walor polityczny, o tendencjach zamachowych na ogół lekarzy w kierunku jeszcze większego uzależnienia ich od Zarządów Kas Chorych.

Czyż można nas jeszcze więcej uzależnić? (naczelny lekarz według ustawy sejmowej o Kasach Chorych, jest tylko referentem fachowym przy zarządzie Kasy).

Kiedyś w Rzymie za czasów Nerona, sztukę lekarską wykonywali wyzwoleńcy, a i tam jak czytamy w satyrze Petronjusza p. t. „Uczta Trymalchjona", mówi ten zmaterjalizowany typ bogacza rzymianina, że najbardziej podziwia lekarzy, bo wiedzą oni co człowiek ma pomiędzy żebrami i skąd się bierze gorączka, choć, jak dodaje, nie lubi ich, bo mu zapisują wodę anyżową. Kto dzisiaj w Polsce choćby tak jak ten Trymalchjon podziwia lekarza? (mam na myśli lekarza Kasy Chorych).

Jako lekarz Powiatowej Kasy Chorych od lat kilku obserwuję dotychczasowe posunięcia Ministerstwa Pracy i Op. Sp. i powiedziałbym, że kierunek obecnego kursu, w dobrze pojętym interesie społecznym idzie właśnie po linji nieco większego uprawnienia lekarzy w Kasach, a w porównaniu z poprzednim stanem rzeczy, dąży raczej do wyeliminowania polityki z Kas Chorych.

Dr. med. A. KRASUSKI.

O ZNACZENIU LECZNICZEM LASÓW.

W nauce klimatologji mówi się głównie o klimacie morskim i górskim i o jego wpływie na organizm.

Na tem miejscu chciałem omówić własności klimatu leśnego, jako najbardziej w naszym kraju dostępnego dla szerokich warstw ludności.

Klimat leśny wyróżnia się pod względem klimatofizjologicznym, klimatoterapeutycznym i klimatologicznym. Latem temperatura w lesie jest niższa, niż na otaczających las przestrzeniach nie zalesionych. Różnica temperatur w lesie i poza lasem wynosi w dzień 2 — $2\frac{1}{2}^0$ C, w nocy zaś różnica temperatur dochodzić może do 5 — 6^0 C. Las więc, zmniejszając natężenie, letnich upałów, jest regulatorem klimatu. Zimą las jest mniej mroźny, niż otaczające przestrzenie. Co do lasów sosnowych, to

badania H. Webera ustaliły w nich jednostajność temperatury dziennej i nocnej. Lasy wogóle podtrzymują wilgotność powietrza, jednakże lasy sosnowe wyróżniają się tym, że nie powodują wilgotności. Podobnie jak powietrze gór i morza, powietrze leśne jest przesycone ozonem, co sprawia, że powietrze lasów zawiera bardzo mało drobnoustrojów. Ozon jest produkowany przez zmiany elektryczne, a materjału do tego dają drzewa iglaste. Badania przeprowadzane przez Duphila stwierdziły wzmożone wytwarzanie się ozonu w lasach wogóle a w szczególności w lasach sosnowych nadmorskich. Podobnie M. Thierry stwierdził znaczne ilości ozonu w lasach, pokrywających wierzchołki gór. Główne masy ozonu skupiają się na poziomie liści, bliżej ziemi zaś mamy mniejsze ilości ozonu. Obfitość zawartego w powietrzu leśnem ozonu ma doniosłe znaczenie. gdyż ozon wywiera uspakajające działanie na system nerwowy, co potwierdziły badania Hayem'a i Binz'a. Badania tych uczonych stwierdziły, że ozon wpływa dodatnio na sen i jest potężnym sedativum. Uspakajające działanie stacji leśnych musimy więc położyć na karb ozonu. Terpentyna — źródło powstawania ozonu — wydzielana przez drzewa iglaste, znajduje się w znacznej ilości w powietrzu lasów iglastych. Obecność terpentyny potwirdziły badania chemiczne przeprowadzane przez Duphila. Te aromatyczne substacje, wydzielane przez drzewa, poza pewnem choć słabem działaniem antyseptycznem, wpływają na wywieranie uczucia błogostanu (euphoria) u chorych przebywających w lesie.

Las pozatem łagodzi wiatry, reguluje ciepło i wywiera wpływ na stan hygrometryczny atmosfery, przez co chroni mieszkańca, szukającego w nim schronienia, przed ostremi wpływami tejże. Zmieniony stan hygrometryczny zmniejsza kaszel i ułatwia wydzielanie plwociny (Lindsay, Hayem, Jaccoud, Lalesque). Lasy sosnowe według Lalesque'a gwarantują czystość powietrza, które, jak już wspomniano, jest przesycone ozonem i parami terpentyny.

Wpływ lasu na czystość powietrza, co już dawniej przypuszczali lekarze, uzyskał potwierdzenie w późinejszych pracach Lalesque'a, Riviere'a (1895), H. Duphil'a (1900) i E. Gautrelet'a (1902). Autorzy przypisują duże znaczenie zawartości par terpentyny w powietrzu leśnem, co ma szczególny dodatni wpływ na leczenie gruźlicy płuc. Las znakomicie przyczynia się do podniesienia własności klimatu gór i mórz. Klimat leśny zaleca się w gruźlicy płuc, szczególnie w jej postaciach eretycznych. Dalej klimat leśny zaleca się przy wszelkich schorzeniach dróg oddechowych, jak przewlekłym nieżycie oskrzelowym, również dla rekonwalescentów po przebytych chorobach płuc. Znany jest wpływ leczniczy powietrza leśnego przy krztuśćcu, pozatem łagodząco działa na układ nerwowy, wobec czego chorzy tacy znakomicie czują się w lesie. Jak już wspomniałem w tym kierunku wybitne działanie wywiera ozon.

R. Gualejac badał wpływ zalesienia na powstawanie gruźlicy płuc, z badań tych wynika, że tam, gdzie lasy są obfite, gruźlica należy do rzadkości a robotnicy zajęci w przemyśle leśnym, wedle tego autora, nie chorują nigdy na gruźlicę płuc.

Gorącym zwolennikiem leczenia gruźlicy płuc powietrzem leśnym był znany phtisiolog A. Sokołowski. Z nowszych podręcznik Bandeliera i Roepke zaleca klimat leśny u gruźlików.

PIŚMIENNICTWO.

A. Sokołowski. Podręcznik chorób płucnych.

Bandelier et Roepke. Handbuch der Tuberkulose. 1922 r.

C. M. Mol. Les Cures forestieres III. Congres internationale de physiother. Paris-Masson 1910 r. str. 112—119.

F. Lalesque. Ibid .str. 120 — 132.

KOMUNIKAT.

„Towarzystwo Zwalczania Reumatyzmu w Polsce" z siedzibą w Warszawie, przy współudziale Stowarzyszenia Lekarzy Zdrojowych i Komisji Zdrojowej w Inowrocławiu, organizuje I Polski Zjazd w Sprawie Badania i Zwalczania Reumatyzmu, który odbędzie się w Inowrocławiu *dnia 6—7 września b. r.*

PROGRAM TYMCZASOWY I POLSKIEGO ZJAZDU W SPRAWIE BADANIA I ZWALCZANIA REUMATYZMU

w dniu 6 i 7 września 1930 r. w Inowrocławiu.

I. *Dr. Henryk Kłuszyński,* Nacz. Lek. Ogól.Państw. Zw. Kas Chorych — Warszawa: Reumatyzm jako zagadnienie społeczne.

II. Etiologja, klinika, klasyfikacja schorzeń reumatycznych:

a) *Prof. Dr. Wincenty Jezierski* — Poznań: Reumatyzm na tle zaburzeń gruczołów wewnętrznych.

b) *Dr. Witold Łuczyński* — Lwów: Diagnostyczne trudności, błędy i wskazówki w reumatycznych schorzeniach narządu krążenia.

c) *Prof. Dr. Mieczysław Michałowicz i Dr. JerzyIeszniewski* — Warszawa: Zespół anginowy i reumoartretyczny w wieku dziecięcym.

d) *Dr. Marceli Gromski* — Warszawa: Sprawa schorzeń parareumatycznych w wieku dziecięcym.

e) *Dr. Stefan Kwaśniewski* — Poznań: Polyartritis rheumatica infectiosa.

f) *Doc. Dr. Franciszek Łabendziński* — Poznań: Zachorzenia stawowe w chorobach egzotycznych.

g) *Dr. Marja Grycewicz:* Klinika schorzeń gośćcowych według materjałów I. Kliniki Wewn. w Warszawie za ostatnie lata.

h) *Dr. Wacław Grott:* Schorzenia mięśniowo-stawowe w skazie szczawikowej:

i) *Dr. J. W. Grott:* Znaczenie oralsepsis w etiologji schorzeń gośćcowych.

j) *Dr. Aleks. Rytel:* Etiologja schorzeń stawowych.

k) *Dr. A. Mester* — Kraków: „O Cutivaccinie Paula".

III. *Prof. Dr. Ludwik Skubiszewski* — Poznań: O podłożu i istocie zmian morfologicznych w rozwoju i przebiegu reumatyzmu.

IV. *Doc. Dr. Adam Elektorowicz* — Warszawa: Znaczenie diagnostyki rentgenologicznej w schorzeniach reumatycznych.

V. Terapja:

a) *Prof. Dr. L. Korczyński* — Kraków: O klinicznem leczeniu stawów.

b) *Doc. Dr. Antoni Sabatowski* — Lwów: Balneoterapja chorób reumatycznych.

c) *Dr. Franciszek Raszeja* — Poznań: Termo-mechano i elektroterapja schorzeń reumatycznych i gośćcowych.

d) *Doc. Dr. Adam Gruca* — Lwów: Chirurgiczno-ortopedyczne leczenie schorzeń reumatycznych stawów.

Lista referentów jeszcze nie zamknięta.

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

MARIANO CASTEX et ARMANDO F. CAMAUER. *Przyczynek do kliniki nerwu współczulnego.* Las Ciencias — A. Guidi Buffarini, Buenos Aires, 1926. Junin 845.

Pewne choroby skórne, jak zmiany barwikowe, odbarwienie skóry, rumień, dermografizm, wyłysienie, łuszczyca, pryszczyca przewlekła i t. d. zwykle przypisywać można zaburzeniom układu nerwowego, zwłaszcza utracie równowagi w układzie sympatycznym i parasympatycznym. Jako przyczynę tych objawów chorobowych układu nerwowego uważać można: zatrucia alkoholem, tytoniem, wydzielinami hormonalnemi, pozostałością moczu (w niedomodze nerek), zakażenia przewlekłe (kiła, gruźlica i t. d.), ostre choroby zakaźne (dur i t. d.). Leczyć należy chorobę podstawowo, a dla podtrzymania skutku leczniczego, wskazanem jest leczenie układu nerwowego. W przypadkach hypotonji stosuje się środki pobudzające, a w hypertonicznych leki kojące.

Przytem nie należy też zaniedbywać objawowego leczenia choroby skórnej.

W razach hyposympatykotonji różni autorowie zalecają leczenie nerwu błędnego atropiną (do wewnątrz po 2 — 4 mgr. dziennie), a dla pobudzenia napięcia tegoż chininophytinę.

W opisie choroby cierpiącego na pryszczycę pacjenta, autor wspomina o stosowaniu chininophytiny w charakterze leku sympatykotonicznego.

———o———

KILLIAN. *Perkaina, nowy środek znieczulający.* Die Medizinische Welt, 1929. Nr. 17.

Perkaina doskonale przyjęła się w klinice Fryburskiej. Dane Prof. Henschena zostały w zupełności potwierdzone. Doskonałe działanie znieczulające, brak wszelkich wpływów ubocznych, mała toksyczność i rozmaite możliwości zastosowania dla znieczulania powierzchownego i wgłąb tkanek zasługują na szczególne wyróżnienie.

Killian na podstawie swych doskonałych wyników, twierdzi, że perkaina wkrótce wyruguje wszystkie dotąd znane środki znieczulające. M. in. udało mu się znieczulić zapomocą roztworu 1 : 1000 bardzo rozprzestrzenione oparzeliny.

———o———

ABELIN. *Okres przekwitania.* Schweiz. Mediz. Wochenschr. 1930. Nr. 2.

Leczenie dolegliwości w okresie przekwitania jest rzeczą niewdzięczną i nie zawsze bywa uwieńczone pomyślnemi wynikami. Sama substancja jajnikowa nie daje pożądanych skutków, natomiast zestawienia, a między niemi Prokliman Ciba, odpowiadają swemu przeznaczeniu Prokliman podaje się 3 razy dziennie po 2 tabletki w ciągu 3 — 4 tygodni. Przetwór zawsze bywa dobrze znoszony, a ustępowanie dolegliwości rozpoczyna się już po kilku dniach. Na leczenie proklimanem najlepiej reagują dolegliwości klimakteryczne w ściślejszem słowa tego znaczeniu, jak nawały, poty i t. d. Również i nadciśnienie klimakteryczne ulega pomyślnemu wpływowi tego przetworu. W stanach psychoneurotycznych Prokliman działa rzadziej dodatnio.

———o———

WEYMEERSCH, POULAIN, WODEN i GUCHTENEERE. *Kilka porodów pod znieczuleniem lędźwiowem.* (Quelques accouchements faits sous rachi anestésie) Bullet. de la Soc. Belge de Gynécol. et d'obstétrique. 1929. Nr. 1.

Autorowie podają 13 opisów porodów, odbytych z dobrym skutkiem pod znieczuleniem lędźwiowem. W jednym z przypadków poród odbył się bez powikłań z wyjątkiem lekkiego porażenia jelit z nieznaczną gorączką. Wstrzyknięcie w 48 godzin po porodzie 2 ampułek peristaltyny spowodowało powrót do stanu normalnego.

———o———

STUBER i LANG. *Fizjologja i patogeneza krzepnienia krwi.* Münch. med. Woch. 51. 1929.

Trombina Schmidta jest wytworem sztucznym. Zwraca uwagę równoległość jaka zachodzi między szybkością glikolizy i krzepnięciem krwi. Wszystkie środki hamujące krzepnienie zwalniają fazę beztlenową glikolizy we krwi i znoszą jej okres tlenowy. Głównym czynnikiem krzepnienia jest rozkład cukru we krwi i powstających przytem kw. mlekowego i mrówkowego. Związanie tych kw. przez białka osocza powoduje ich wyładowanie i ścięcie.

Krew hemofilika ma glikolizę zwolnioną. Kw. węglowy, który przyśpiesza krzepnienie, potęguje glikolizę.

Zawartość fluoru we krwi hemofilików przewyższa 10-ciokrotnie liczby normalne. Fluor hamuje glikolizę. Gęsi (fizjologiczna hemofilja) mają dużo fluoru we krwi. Matka chorego, zmarłego wskutek hemofilji u której krzepniene krwi było opóźnione, wykazywała większe ilości fluoru we krwi.

Drętwienie umarłych zależy od rozkładu cukru krwi. W naczyniu podwiązanem podwójnie, glikoliza nie wystąpi dopóki nie utworzą się skrzepy. Obydwa procesy występują równocześnie. W przebiegu sinicy stwierdza się skłonność do zakrzepów, gdyż wtedy gromadzą się produkty kwaśne.

Dożylne wstrzykiwania glukozy potęgują skłonności do tworzenia zakrzepów. W klinice Romberga stwierdzono, że dożylne wstrzykiwania glukozy prowadzą do gromadzenia się kw. mlekowego u chorych z niedomogą krążenia.

———o———

STUBER i LANG. *Fizjologja i patogeneza krzepnienia krwi.* Klin. Woch. 24. 1930.

Podwiązując żyły, autorzy stwierdzili równolegle z krzepnięciem krwi spadek ujemnego ładunku trombocytów, wywołujący ich aglutynację. Podobnie przy krwawiączce, ładunek trombocytów osiąga wartości najwyższe, a przy zakrzepowem zapaleniu żył i zakrzepach samoistnych wartości najniższe. Mamy więc z jednej strony krwawiączkę z charakterystyczną stałością koloidów plazmy i wysokim ładunkiem elektrycznym trombocytów, z drugiej strony skazy zakrzepowe z ich równowagą białkową, chwiejną i niskim ładunkiem elektrycznym płytek. Między temi krańcowemi znajdują się przypadki normalne. Mniej wyrażone, ale podobne jak przy zakrzepach zmiany znajduje się w zwolnionej w swym biegu krwi.

Ostatnio wymienione zmiany mogą być wywołane dożylnym wprowadzeniem roztworu glukozy, a mianowicie, powiększenie się frakcji włóknikowo globulinowej, prześpieszenie krzepliwości krwi, pomnożenie ilości płytek, spadek ich ładunku elektrycznego.

———o———

KLINGE. *Kilka uwag o gośćcu.* Klin. Woch. 13. 1930.

Gościec jest swoistą jednostką anatomiczną i patologiczną. Zmiany anatomiczne: swoista martwica ogniskowa z napęcznieniem i obrzękiem tkanki wiotkiej, z towarzyszeniem wysięku włóknikowego (czynnik wysiękowo - zwyrodnieniowy); bujanie komórek łącznotkankowych z liczne-

mi wielojądrzastemi komórkami olbrzymiemi i z zanikającemi wielojądrzastemi leukocytami (czynnik wytwórczy). Obydwa procesy obserwuje się jednocześnie lub kolejno. Węzełki Aschoffa były znalezione w sercu, osierdziu, wsierdziu, naczyniach dużych i obwodowych, wieńcowych, przydance naczyń nerkowych, tkance okołostawowej dużych stawów ścięgnach przystawowych, przeponie, tkance okołomigdałkowej, w błonach maziowych. Gräff odróżnia postać około- i wewnątrzstawową dużych stawów. W ostatnim przypadku (synovia) powstaje arthritis ulcerosa z martwicą i wysiękiem włóknikowym w tkance łącznej błony maziowej. Często spotyka się węzełki na granicy ścięgien i mięśni. Mięśnie zostają upośledzone. Czasami cały mięsień sercowy jest usiany i zniszczony większemi lub mniejszemi węzłami. Często spotyka się zanik od ucisku węzełków w interstitium lub z bezczynności. Innym razem występuje woskowate zwyrodnienie plazmy mięśniowej, napęcznienie jąder i rozpuszczanie plazmy. Jednocześnie — zanikającą tkankę zastępują komórki olbrzymie. Umiejscowienie węzłów wykazuje powinowactwo jadu reumatycznego do klejorodnej tkanki łącznej i włókien mięsnych. W obrazie histologicznym pierwotną zmianą są procesy wsteczne i mogą występować pojedyńczo. Ziarniniak jest częścią procesu reumatycznego (Fahr: ziarniniak reumatyczny swoisty dla ogniska).

Przewaga procesów wstecznych nad wytwórczemi jest kwestją zjadliwości zarazka (nie czasu). Te przypadki przypominają zakażenie ogólne i mają przebieg szybki. W przypadkach przewlekłych przeważa bujanie komórkowe, ogniska wsteczne są zaznaczone słabiej. Innym razem różnica w zmianach reumatycznych polega na tem, że węzełki Aschoffa sadowią się w sercu, a zmiany wsteczne na obwodzie. Bywa i odwrotnie. Obydwa procesy tkankowe zależą od czynnika reumatycznego.

Singer uważa reumatyzm za osłabioną postać ropnicy, Menzer: osłabiona postać zakażenia streptokokami, wychodzącemi z migdałków po przełamaniu sił obronnych ustroju, które wystarczają jednak do ograniczenia rozmnażania się bakterji i usadawiania się ich w osłabionych miejscach. Rosenow uważa, że chorobę wywołuje paciorkowiec zielony, wyhodowany przez niego ze stawów i gruczołów reumatyków. Bakterja ta ulega w ustroju przemianie na mniej złośliwą i swoistą, nabiera właściwości artrotropowych. Przemiana odbywa się w migdałkach. Wszyscy przyznają istnienie indywidualnej i zmiennej zdolności do odczynu chorego organizmu względnie zarazka.

Weintraud uważa, że mimo swoistości gośćca stawowego, w przeciwieństwie do innych również typowo przebiegających chorób zakaźnych, należy zwrócić uwagę na dwa czynniki, znamionujące przebieg chorobowy. Jedna—to infekcja bakteryjna lokalna czy ogólna, druga—to odczyn

organizmu w rodzaju odczynu anafilaktycznego, powstającego naskutek alergji po infekcji. Zmiany histologiczne wynikają z działania ciał toksycznych, a jady powstają dzięki procesom anafilaktycznym. Alergja organizmu wynika z przenikania parenteralnego białek bakteryjnych z migdałków lub z białka organizmu rozbudowywanego działaniem tych bakterji. Częste przenikanie tych jadów do już alergicznego organizmu, daje zjawiska nadczułości, anafilaksji, co klinicznie przejawia się gośćcem. W. wskazuje na podobieństwo gośćca i choroby posurowiczej. Alergja i skłonność do odczynów anafilaktycznych może być wrodzona.

———o———

FLECKSEDER. *Maksymalne spotęgowanie odwadniające działania salyrganu*. Wien. klin. Woch. Nr. 5. 1930.

Lepsze działanie salyrganu po dodaniu chlorku amonu zawdzięcza się zakwaszeniu tkanek. Bix wykazał, że działanie salyrganu wzmaga się po kwaśnym dehydrocholanie sodu (decholin). Ostatni działa przez wątrobę, która odgrywa rolę tamy dla krążenia wody. Decholin utrudnia zatrzymywanie rtęci w komórkach wątroby i zwiększa ilość rtęci, działającej moczopędnie. Autor połączył wszystkie trzy środki dla spotęgowania djurezy posalyrganowej. Podaje się jeden lub kilka dni przed salyrganem: np. Ammonii chlorati 5,0, Aquae fontis 120,0, Syrupi Aurantiorum ad 150, D. S. Połykać małemi dawkami w ciągu dnia całą ilość. Salyrganu wstrzykuje się 1—2 ccm. Jednocześnie 10 ccm. 20% decholin (stark) i 20 ccm. 33% glukozy.

Przeciwskazania: marasmus, cachexia, otwarta gruźlica, skłonność do krwioplucia, uporczywe biegunki, porażenie jelit przy zapaleniu otrzewny, zwężenia jelitowe, choroby nerek z zatrzymaniem mocznika, torbiele nerkowe.

———o———